

VU Research Portal

Ouderenpsychologie: de grijsheid voorbij

Pot, A.M.

2009

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Pot, A. M. (2009). *Ouderenpsychologie: de grijsheid voorbij*. Psychologie & Gezondheid.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Prof. dr. Anne Margriet Pot

Ouderenpsychologie: de grijsheid voorbij

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Ouderenpsychologie, vanwege het Trimbos-instituut aan de faculteit der Psychologie en Pedagogiek van de Vrije Universiteit op 12 februari 2009.

Mijnheer de Rector, Mijnheer de Voorzitter van de Raad van Bestuur van het Trimbos-instituut, dames en heren - is er nog iemand die eraan twijfelt of binnen de klinische psychologie steeds weer verjonging mogelijk is, die zich nog afvraagt of de droom van een optimale psychische gezondheid van alle mensen, en dus ook van ouderen¹ leeft in onze tijd, die nog vragen stelt bij de kracht van de ouderenpsychologie? De leerstoel ouderenpsychologie is een feit (naar Obama, 2008). Toen ik vijftientig jaar geleden studeerde ontbrak zo'n leerstoel. Net als veel van mijn collega's heb ik mijzelf het vak moeten leren.

Waarom ben ik mij met ouderen gaan bezig houden? Om die vraag te beantwoorden neem ik u mee op een zomervakantie naar een Grieks eiland. Een klein dorps hotel, een paar huizen in de geurige tijm velden, wat kerkjes, meer niet. We lopen over het verstilde eiland en komen bij een klein kloostertje. Een oude vrouw, in oude kleren met een strooien hoed op, grijs haar, een paar tanden in haar mond. Zij komt op mij af en valt mij om de hals. Zij en ik begrijpen geen woord van elkaar, en toch.... Wat ik hier mee wil zeggen: ouderen hebben mij voor zich ingenomen, het thema is op mijn weg gekomen. Van het Griekse eiland weer terug naar de universitaire werkelijkheid. In vijftientig jaar is er veel onderzoek op het terrein van psychologie en ouderen verricht, waarin ik enthousiast heb geparticipeerd. Veel van die kennis is opgetekend in het Handboek Ouderenpsychologie, dat een handvat wil bieden aan psychologen in de klinische praktijk om hun werk gefundeerd, *evidence-based*, te kunnen verrichten (Pot e.a., 2007). De ouderenpsychologie is een subspecialisatie van de klinische psychologie en stelt zich ten doel de geestelijke gezondheid van ouderen te bevorderen. Wat zij voorstelt aan gezondheidsbevordering, preventie, behandeling, zorg en reïntegratie is steeds gebaseerd op psychologische theorieën en dat kenmerkt de subdiscipline. De ouderenpsychologie bouwt voort op de gerontologie, die het ouder worden als zodanig bestudeert. Als onderdeel van de klinische psychologie stelt de ouderenpsychologie de cliënt centraal. Wie zijn deze ouderen die in de ouderenpsychologie centraal staan? Wie is de klant en wat vraagt deze? Laten we even een uitstapje maken naar een heel andere branche, namelijk Starbucks. Deze koffiewinkel zit bijna op elke straathoek in de Verenigde Staten, en ook in Nederland zijn inmiddels een paar vestigingen geopend. Naast koffie, kun je er koffiemixen en andere dranken op koffiebasis kopen. --- Bij Starbucks bestel je dus niet zomaar een koffie, maar een koffie die is aangepast aan de individuele behoeften. Het succes van de keten is mede te danken aan een ruim aanbod van kwaliteitskoffie, binnen *no time* geserveerd met een minimum aan personeel. Nu terug naar de ouderen: wie zijn onze cliënten? Een heterogene en pluriforme groep. Ouderen vormen geen homogene groep, integendeel, de groep wordt gekenmerkt door verschillen. Deze verschillen zijn het thema van mijn rede. Ik neem mij voor om over psychologische interventies bij ouderen en effectonderzoek daarnaar te spreken vanuit het perspectief van het verschil.

Allereerst zijn er verschillen tussen cohorten: het maakt uit in welke tijd je geboren bent. De generatie Einstein die nu in de collegebanken zit, opgegroeid in het digitale tijdperk en met de hele wereld continu online, en de vooroorlogse generatie, opgegroeid in een tijd van oorlog en wederopbouw waarin de eerste auto's verschenen, liggen ver uit elkaar. Het grootste verschil is dat later geboren cohorten gemiddeld meer opleiding hebben genoten dan eerdere cohorten (Schaie e.a., 2005). De veranderingen in de structuur en wijze van opleiden zou de verschillen in intellectueel functioneren tussen verschillende cohorten kunnen verklaren (Alwin & McCammon, 2001). Die zijn overigens niet allemaal ten gunste van de jongste generaties, dit ter geruststelling van de ouderen hier aanwezig.

Ook ontstaan er verschillen tussen ouderen door de snelheid waarmee biologische en psychologische veroudering optreedt. In het algemeen neemt de algehele kwetsbaarheid en de kans op ziekten toe, gaat het horen en zien achteruit, wordt het aanleren van

¹ Ik gebruik de term 'ouderen' omdat deze aansluit bij de grove driedeling - Kinder & Jeugd, Volwassenen en Ouderen - die in de gezondheidszorg en de beroepsgroep gangbaar is, en uit praktische overwegingen, ook al suggereert deze term ten onrechte dat ouderen geen volwassenen meer zijn.

nieuwe informatie moeilijker, en kan het totale denkproces trager en minder flexibel worden door de achteruitgang in executieve functies (Smalbrugge, 2007; Scherder & Teunissen, 2007). De meeste emotionele processen blijven intact gedurende het ouder worden: negatieve emoties zouden zelfs verminderen (Mather & carstensen, 2005; Kuin, 2007). Gedurende de levensloop lijken persoonlijkheidstrekken als neuroticisme, extraversie en openheid voor ervaring af te nemen, terwijl altruïsme en conscentieusheid waarschijnlijk toenemen (Derksen, 2007; Mooi en Steunenbergh, 2007). Door verschillen in de snelheid waarmee deze veranderingen plaatsvinden zijn sommige ouderen extreem kwetsbaar, terwijl andere ouderen tonen dat gezondheid tot op zeer hoge leeftijd behouden kan blijven.

Daarnaast verschillen mensen – en dus ook ouderen – in risicoprofiel om psychische klachten of stoornissen te ontwikkelen en kunnen de klachten zelf van een andere aard zijn. Terwijl de één depressief wordt van een kleine tegenslag, blijft een ander opgewekt ondanks een levensbedreigende aandoening.

Tenslotte zijn er verschillen tussen ouderen vanwege sociaal-culturele pluriformiteit: variaties in behoeften, manier van leven, en het beeld dat men heeft van ouder worden. Terwijl de éne oudere op zijn Gazelle op zondag een rondje door het bos wil fietsen, vertrekt de andere senior met zijn rugzak het liefst naar Australië voor een paar weken. De één wil rust, de ander wil doorwerken.

De inzichten van de Amerikaanse klinisch psycholoog Bob Knight met betrekking tot verschillen tussen ouderen zijn baanbrekend (Knight, 2004). Knight stel zich primair op als clinicus en omschrijft op welke wijze psychologische behandelingen voor ouderen moeten worden aangepast juist op grond van de verschillen die tussen hen bestaan. Knight's werk is voor mij zeer inspirerend, maar mijn denkrichting is anders dan die van hem. Ik stel mij op als psycholoog náást de oudere. Zo constateer ik diverse verschillen tussen ouderen en jongere volwassenen; vervolgens ga ik na op welke wijze deze verschillen in psychologische interventies en effectonderzoek zijn verdisconteerd. Het gaat mij in eerste instantie dus om de oudere zelf en dan pas om de psychologische interventie. De consequenties van deze andere denkrichting dan die van Knight zullen later nog duidelijker worden.

Dat brengt mij op drie vragen, die de leidraad van mijn rede vormen:

1. Wat is de stand van de wetenschappelijke kennis over de effecten van psychologische interventies bij ouderen vanuit het perspectief van het verschil?
2. Welke consequenties heeft dit voor de ontwikkeling van interventies en het onderzoek naar de effectiviteit ervan?
3. Wat betekent dit programmatisch voor mijn leerstoel?

1. Wat is de stand van de wetenschappelijke kennis over de effecten van psychologische interventies bij ouderen vanuit het perspectief van het verschil?

Ik begin met vraag 1. De eerste, algemene, constatering die we wat betreft de stand van zaken in de ouderenpsychologie kunnen doen, is dat deze zich vooral richt op psychologische behandelingen. Dat geldt ook voor het al eerder genoemde Handboek Ouderenpsychologie dat onder mijn redactie verscheen – ook mijn eigen inzichten schrijven voort :–)! Knight is dus met zijn vertrekpunt bij de psychologische behandelingen alles behalve een uitzondering. Als ik nu, noodzakelijk slechts concluderend, een *state of the art* van de ouderenpsychologie schets, richt die zich daarom vooral op psychologische behandelingen.

Er zijn de nodige gecontroleerde studies verricht waarbij gekeken is of psychologische behandelingen van psychische klachten bij jongere volwassenen, ook effectief zijn op latere leeftijd. Vooral cognitieve gedragstherapie is onderzocht, en deze behandeling blijkt inderdaad een gunstig effect te hebben op ouderen met uiteenlopende psychische klachten of stoornissen: depressie, angst, slaapproblemen, misbruik van middelen, en vermoedelijk ook schizofrenie (Wetherell e.a., 2005; Pinquart e.a., 2006; Van Citters e.a., 2005; Cuijpers e.a., 2006; Ayers e.a., 2007; McCurry e.a., 2007). Ook voor andere psychologische behandelingen, waaronder gedragstherapie, kortdurende psychodynamische therapie, life review en oplossingsgerichte therapie, zijn inmiddels

gunstige effecten vastgesteld. Er is dus in elk geval geen reden voor therapeutisch nihilisme als het om ouderen gaat.

Prachtig! maar het geldt vooral voor blanke ouderen die functioneren als jongere volwassenen (Gatz, 2007): veelal mensen met een gemiddelde leeftijd die niet boven de 70 jaar uitkomt; mensen die zelfstandig thuis wonen en vermoedelijk, al wordt daar niet altijd een expliciete uitspraak over gedaan, niet zo heel veel mankeren in lichamelijk opzicht. Het is echter niet uit te sluiten dat deze psychologische behandelingen minder effectief zijn voor de oudste ouderen, kwetsbare of chronisch zieke ouderen, of ouderen met complexe multimorbiditeit die in zorginstellingen wonen, bijvoorbeeld door verschillen in risicoprofiel. Vooralsnog is de effectiviteit van psychotherapie bij depressie na bijvoorbeeld een beroerte nog niet aangetoond in de enkele studies die hiernaar zijn gedaan (Hakkett e.a., 2008). Betrouwbare kennis hierover is wel van belang, gezien de hoge prevalentie van depressie bij chronisch zieke ouderen en verzorgings- en verpleeghuisbewoners (Eisses e.a., 2003; Jongenelis e.a., 2005; Bierman e.a., 2007) en de algemene voorkeur die ouderen lijken te hebben voor psychologische boven farmacologische behandelingen (Rokke & Scogin, 1995; Landreville e.a., 2001; Backenstrass e.a., 2006). Ook kunnen veranderingen door het ouder worden, bijvoorbeeld het trager worden van cognitieve processen, bij de oudste ouderen tot een verminderde effectiviteit van psychologische behandelingen leiden. Onderzoek doet vermoeden dat er meer sessies nodig zijn om dezelfde therapeutische doelen als bij jongere ouderen te bereiken (Knight, 2004).

Terug naar de effecten van psychologische interventies voor jongere ouderen. Hoe groot zijn die effecten eigenlijk? Cognitieve gedragstherapie bij depressie blijkt even effectief te zijn als bij jongere volwassenen (o.a. Cuijpers e.a., 2008), maar bij angst – de meest voorkomende psychische aandoening bij ouderen die zelfstandig wonen – blijkt dit veel minder het geval te zijn. Afgezien van methodologische beperkingen van de studies, kunnen ook hier vanuit het perspectief van het verschil verklaringen voor worden aangereikt. In de meeste studies bij ouderen met angst is cognitieve gedragstherapie als groepsbehandeling toegepast. Een individuele benadering zou meer voor de hand liggen, gezien de pluriformiteit van de angstgerelateerde gedachten van ouderen en de complexiteit van de cognitieve herstructureringsmethode (Ayers e.a., 2007). Toch leidt ook individuele toepassing van cognitieve gedragstherapie bij ouderen met angst tot kleinere effecten dan gewenst (o.a. Schuurmans e.a., 2006). Zowel verouderingsprocessen als cohortverschillen kunnen hier debet aan zijn. Het denken over je eigen denken vraagt om abstractievermogen dat gehinderd kan worden door leeftijdsgelateerde cognitieve veranderingen en een gemiddeld genomen lagere opleiding van ouderen (Wetherell e.a., 2005). Om dezelfde redenen is het de vraag of de complexe huiswerkopdrachten die deel uitmaken van cognitieve gedragstherapie wel zonder aanpassing geschikt zijn voor ouderen met een angststoornis (Schuurmans, 2006). Hierdoor lokken we misschien eerder angst uit dan dat we hem behandelen. Tot zover de interventies voor de behandeling van depressie, angst, en andere stoornissen die zich ook regelmatig bij jongeren aandienen.

Daarnaast worden ouderen geconfronteerd met gebeurtenissen of komen zij voor taken te staan die kenmerkend, hoewel niet exclusief, voor de leeftijdsgroep zijn. Denk bijvoorbeeld aan het hebben van chronische ziekten en de belemmeringen of hulpbehoevendheid die dat met zich mee kan brengen, het verlies van een geliefde of het bieden van mantelzorg. Dit kan tot psychische klachten leiden. Ik zal exemplarisch ingaan op het onderzoek naar psychologische interventies voor mantelzorgers van mensen met dementie vanuit het perspectief van het verschil.

Om de nadelige psychische gevolgen door het bieden van mantelzorg te bestrijden zijn uiteenlopende typen interventies ontwikkeld (Brodaty e.a., 2003; Pinquart & Sorensen, 2006; Gallagher-Thompson & Coon, 2007; Selwood e.a., 2007; Smits e.a., 2008). Veelal gaat het om psychoeducatie: gestructureerde programma's met informatie over de ziekte, de gevolgen ervan, en hoe met deze gevolgen om te gaan en informatie over de beschikbare voorzieningen en andere vormen van hulp. Psychologische behandelingen zijn vooral gericht op het verbeteren van de wijze waarop mantelzorgers met probleemgedrag of andere stresssituaties omgaan of op het bevorderen van de

onderlinge communicatie en steun tussen familieleden. Gecombineerde interventieprogramma's omvatten een bont palet aan interventies, zoals ondersteuningsprogramma's, casemanagement, en intensieve psychogeriatrische thuiszorg (Pot, 2007).

De effecten van deze interventies vallen vaak tegen. Eén van de mogelijke verklaringen hiervoor zijn verschillen in risicoprofiel. Niet iedere mantelzorger heeft bijvoorbeeld te maken met gedragsproblemen van degene met dementie (Zarit & Femia, 2008). Hierdoor kunnen delen van interventies minder toepasselijk zijn voor sommige mantelzorgers. Toch krijgen mantelzorgers doorgaans in effectstudies dezelfde interventieonderdelen aangeboden zonder dat verschillen in risicoprofiel worden meegewogen. Ook kan de aard van de klachten van mantelzorgers verschillen: de éne mantelzorger krijgt depressieve klachten, de andere angstklachten of gevoelens van belasting. Nu weten we allemaal dat als je pijn in je rug hebt dat een bezoek aan de fysiotherapeut meer voor de hand ligt dan logopedie. Het werkingsmechanisme van een behandeling moet afgestemd zijn op de klachten die de cliënt heeft. Vaak wordt er bij studies niet geselecteerd op de aard van de problematiek van de mantelzorger. Het is dan ook niet verwonderlijk dat effecten te wensen overlaten omdat niet alle interventies even geschikt zijn om bijvoorbeeld depressieve klachten te verminderen. Bovendien kunnen geen effecten van een dergelijke behandeling worden aangetoond bij mantelzorgers die bij aanvang helemaal geen depressieve klachten hebben (Zarit & Femia, 2008).

Samengevat: in psychologische interventies en het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten ervan is het perspectief van het verschil nog maar in zeer beperkte mate verdisconteerd.

Dit brengt ons bij de tweede vraag:

2. Welke consequenties heeft dit voor de ontwikkeling van interventies en het onderzoek naar de effectiviteit ervan?

Het antwoord ligt naar mijn idee in maatwerk: de ontwikkeling van geïndividualiseerde interventies en van onderzoek dat niet blijft steken in '*Randomized Controlled Trials*' (RCTs).

2.1 Interventies op maat

Eerst de interventies. Bij de ontwikkeling daarvan denkt men teveel vanuit de interventies en te weinig vanuit de ouderen zelf, waardoor onvoldoende rekening wordt gehouden met verschillen. Om vanuit de ouderen zelf te denken is hun actieve betrokkenheid bij de ontwikkeling van interventies een vereiste. Ik doel niet op het presenteren van door onderzoekers in Jip en Janneke taal geformuleerde projectvoorstellen aan al dan niet kwetsbare ouderen, die vervolgens de gelegenheid krijgen hierop te reageren, zoals nu dreigt te gebeuren in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Dat is vanuit de interventies gedacht: eerst worden interventies bedacht die men wil onderzoeken, die pas in tweede instantie aan ouderen voor commentaar worden voorgelegd. Nee, veeleer denk ik aan de noodzaak dat wat Jip en Janneke aandragen om te zetten in onderzoekstaal. Dus alvorens een interventie te ontwikkelen, is het van belang om de behoeften van ouderen in kaart te brengen om hierbij zo goed mogelijk te kunnen aansluiten. Kennisvalorisatie betekent niet een uiteindelijke toepassing van de verkregen kennis op het veld, maar betekent: van meet af aan het veld betrekken bij onderzoek. De ouderen zelf zijn de beste informanten van de onderzoeker.

In de afgelopen twee jaar hebben wij 'Dementie de Baas' ontwikkeld, een internetcursus voor mantelzorgers van mensen met dementie onder professionele begeleiding, waar inmiddels ook in de Verenigde Staten belangstelling voor bestaat. Het doel van deze cursus is om de ervaren belasting en depressieve klachten van mantelzorgers te verminderen (Pot e.a., 2007). Bij de ontwikkeling zijn vanaf het begin af aan mantelzorgers betrokken geweest. Als dit niet het geval was geweest, had de interventie

niet alleen een andere '*look and feel*' gehad, maar waren er bijvoorbeeld ook geen ontspanningsoefeningen in opgenomen. De literatuur doet vermoeden dat ontspanning slechts een beperkt effect heeft op depressieve klachten (Jorm e.a., 2008). Toch zijn wij wel aan de behoeften van mantelzorgers tegemoet gekomen en hebben ontspanningsoefeningen opgenomen in de internetcursus, omdat dit kan bijdragen aan een grotere '*compliance*' en bereidheid om aan een effectstudie deel te nemen (TenHave e.a., 2003).

Een tweede aanbeveling bij de ontwikkeling van psychologische interventies voor ouderen is een modulaire opbouw (Zarit & Femia, 2008). Hierdoor kan worden ingespeeld op verschillende risicoprofielen en verouderingsverschijnselen van senioren. De ontwikkeling van dergelijke interventies vindt al plaats. In 'Dementie de Baas' kunnen mantelzorgers zelf kiezen over welke specifieke gedragsproblemen zij informatie willen lezen en met welk specifiek gedrag zij willen oefenen zodat zij dit beter leren hanteren. De verdere modulaire opbouw die het mogelijk maakt dat sommige verzorgers wel bepaalde onderdelen krijgen aangeboden en anderen niet, wordt nog nader uitgewerkt. Een ander voorbeeld van een modulair opgebouwde interventie is de CALM interventie voor ouderen met angst. Deze bestaat uit veertien modules waarmee vaardigheden kunnen worden aangeleerd om met de meest gebruikelijke problemen en symptomen bij ouderen met angst in de eerste lijn om te gaan (Wetherell e.a., 2005). De ouderen krijgen van deze modules er standaard twee aangeboden: 'het herkennen van angst' in de eerste sessie en 'je vooruitgang handhaven' in de laatste sessie. In de overige tien sessies wordt een selectie van de andere modules toegepast, afgestemd op de individuele behoeften van de oudere cliënt.

Bij een modulair aangeboden interventie kunnen de onderdelen ook in de juiste dosering worden aangeboden om het gewenste effect te bereiken. Een onderdosering is niet goed, maar een overdosering evenmin. Een voorbeeld uit de medische praktijk: Antistolling bevordert de bloeddoorstroming, maar doet tegelijkertijd de kans op bloedingen toenemen. De patiënt is gebaat bij een dosering waarbij de kans op embolieën én bloedingen zo gering mogelijk blijft. Ik kan u vertellen dat dat een heel gemeet en gerekend is.

Ook bij psychologische interventies is een juiste dosering van belang: een subtherapeutische dosering zal niet tot het gewenste effect leiden. Zo blijkt dat individuele interventies voor mantelzorgers gericht op het aanleren van technieken om met probleemgedrag om te gaan, geen effect hebben als zij uit minder dan zes sessies bestaan. Dezelfde soort interventies blijken wel depressieve klachten van mantelzorgers te verminderen als zij uit zes sessies of meer bestaan (Selwood et al., 2007). Met de huidige vergoedingen hoeven we niet bang voor overdosering te zijn.

De ontwikkeling van geïndividualiseerde interventies heeft ook consequenties voor psychologen in de praktijk. Zij zitten met de ouderen om de tafel om samen met hen te bepalen wie voor welke interventieonderdelen in aanmerking komt. Als derde aanbeveling is daarom het opstellen van beslisregels van belang, op grond waarvan verschillende onderdelen van de interventie aan de deelnemers kunnen worden toegewezen. Een voorbeeld: in de REACH-studie, een zeer omvangrijke Amerikaanse studie bij mantelzorgers van mensen met dementie, hebben mantelzorgers eerst vragen beantwoord op verschillende gebieden, zoals depressie en sociale steun (Belle e.a., 2006). Op basis van de antwoorden zijn hoog- en matigrisico groepen samengesteld, die vervolgens passende interventiestrategieën kregen aangeboden.

2.2 Onderzoek op maat

Naast interventies op maat, is ook onderzoek op maat van belang.

Om het effect van interventies aan te tonen, heeft een '*Randomized Controlled Trial*' (RCT), als methode de voorkeur. In een RCT worden de ouderen door middel van het lot toegewezen aan een interventiegroep of een controle groep die geen interventie of alleen aandacht krijgt. De onderzoeker tracht hierbij omstandigheden te creëren waarbij er zoveel mogelijk controle over de proefpersonen is. Voor het uitvoeren van een RCT zijn heterogeniteit en pluriformiteit, waarvan niet altijd even duidelijk is of, en zo ja op welke wijze, zij het effect van een interventie kunnen beïnvloeden, problematisch. Het is dan

ook niet verwonderlijk dat de oudste en minder gezonde ouderen, kwetsbare ouderen of ouderen met multimorbiditeit of polifarmacie, bij voorkeur van deelname worden uitgesloten.

Het advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek, om onderzoekers de opdracht te geven om meer heterogene steekproeven samen te stellen door óók bijvoorbeeld ouderen met multimorbiditeit te includeren, is echter niet verstandig (RGO, 2006). Het gemiddelde effect voor een heterogene groep zegt nauwelijks iets over het effect voor een specifiek individu uit deze groep. Een interventie bij een heterogene groep, denk aan mantelzorgers met verschillende risicoprofielen en klachten, levert vaak geen of inaccurate resultaten op. Ook ad-hoc analyses bij RCTs voor kleine subgroepen ouderen met vergelijkbare complexe problematiek biedt geen oplossing, omdat deze doorgaans onvoldoende statistische power hebben. Fixatie op de RCT-methode die een homogene groep veronderstelt, belemmert de uitvoering van onderzoek naar de effectiviteit van interventies bij ouderen die door heterogeniteit en pluriformiteit gekenmerkt worden. Alternatieve methoden die uitkomst kunnen bieden zijn intra-individuele technieken zoals tijdreeksonderzoek (Molenaar, 2004a; 2004b; Hamaker e.a., 2005). Bij tijdreeksonderzoek zijn verschillen tussen cliënten voor wie men het effect van een interventie in kaart wil brengen in statistisch opzicht niet relevant, want iedere cliënt is zijn of haar eigen controle (Barlow e.a., 2008). Zo'n experimentele N=1 studie komt het dichtst bij de ideale onderzoeksopzet om de effectiviteit van een interventie voor een specifiek individu vast te stellen (Vandenbroucke, 2007). Met tijdreeksanalyse kan de structuur die ten grondslag ligt aan de veranderingen binnen een individu over de tijd heen in kaart worden gebracht. Hiervoor is een flink aantal herhaalde metingen noodzakelijk, tenminste voorafgaand aan, tijdens en na de interventie. Vervolgens kan getoetst worden of de trends in deze periodes van elkaar verschillen, waarbij rekening kan worden gehouden met de hoeveelheid variatie die er sowieso in het gedrag of de klachten van een persoon is (Hamaker e.a., 2005). Het gebruik van tijdreeksanalyse is geen pleidooi voor het afschaffen van RCTs, maar is gericht op het herstellen van een evenwicht waarbij niet alleen oog is voor inter-individuele, maar ook intra-individuele variatie.

Natuurlijk is bij deze analysemethode geen statistische generalisatie van de uitkomsten naar de volledige populatie mogelijk zoals bij een RCT. De resultaten kunnen daarentegen wel logisch met elkaar vergeleken worden op basis van de overeenkomsten tussen individuele cliënten (Barlow e.a., 2008).

Samengevat: Bij de ontwikkeling van interventies en het doen van effectonderzoek is het van belang om rekening te houden met het perspectief van het verschil en vanuit de oudere zelf te denken.

3. Wat betekent dit programmatisch voor mijn leerstoel?

a. De ontwikkeling van evidence-based psychologische interventies

Bij de profilering van mijn leerstoel zal ik het perspectief van het verschil programmatisch inbrengen bij de ontwikkeling van interventies en het doen van effectonderzoek. Maar daarmee zijn wij er niet.

Een groot aantal verschillen maakt ook continuïteit zichtbaar. Je bent niet ziek of gezond, maar ziekte en gezondheid vormen de twee uiteinden van een continuüm waar tussen vele verschillende gradaties mogelijk zijn. Denk bijvoorbeeld aan de progressieve ziekte van Alzheimer, waarbij een geleidelijke achteruitgang in het functioneren optreedt. Je woont niet óf zelfstandig thuis óf geheel afhankelijk in een verpleeghuis, hier zijn vele gradaties tussen, zoals het ontvangen van mantelzorg of het gebruik maken van dagbehandeling.

Het op deze wijze denken vanuit de oudere, plaatst ook de ouderenpsycholoog in een continuüm. Deze richt zich niet alleen op het reduceren van problemen of stoornissen, maar ook op het bevorderen van welzijn en geluk van senioren. Het helpen vormgeven van het levensdoel na pensionering om welbevinden en geluk te stimuleren behoort dus ook tot het aandachtsgebied van de ouderenpsycholoog. Het verdisconteren van de

sociaal-culturele pluriformiteit onder ouderen is hierbij van belang; kleinkinderen zijn niet de enige mogelijkheid (Walburg, 2009). Het onderzoek op dit terrein beschouw ik ook als deel van mijn leeropdracht. Hieruit blijkt welke consequenties het heeft om niet vanuit de interventies, maar vanuit de oudere te denken. De ouderenpsycholoog is eerst psycholoog en dan ook clinicus.

De ouderenpsycholoog richt zich dus niet alleen op psychologische interventies, maar ook op andersoortige interventies of op combinaties van beide, zolang deze de bevordering van het psychisch functioneren van ouderen beogen. Denk bijvoorbeeld aan elektronische interventies die tot de speciale expertise van zowel de Afdeling Klinische Psychologie als het Trimbos-instituut behoren. Enerzijds ontwikkelen wij internetbehandelingen zoals 'Dementie de Baas', dat gebaseerd is op cognitieve gedragstherapeutische principes om psychische klachten van mantelzorgers te verminderen. Anderzijds doen wij ook onderzoek naar het gebruik van GPS ('*Global Positioning System*'), een puur technologische interventie, voor ouderen met beginnende dementie die dreigen te verdwalen, zodat zij langer hun bewegingsvrijheid kunnen houden. De mantelzorger kan op een beveiligde website zien waar degene met dementie zich bevindt en met één druk op de knop kunnen beiden ook met elkaar in contact komen. Op deze wijze proberen wij om het gevoel van veiligheid bij de ouderen met beginnende dementie te vergroten en de ervaren belasting van mantelzorgers te verminderen. Ook in dit project wordt de doelgroep via focusgroepen betrokken om te bepalen bij wie en op welke wijze GPS kan worden ingezet. Door middel van time series zullen wij de voorlopige effecten in kaart brengen. Dergelijke innovatieve interventies dragen bij aan psychologisch welbevinden en horen dus ook tot het terrein van de ouderenpsychologie. De ouderenpsychologie zal haar domein tot buiten de psychologische behandelingen moeten uitbreiden. Andere niet puur psychologische interventies waarnaar wij op dit moment onderzoek doen maar waar ik verder niet uitgebreid op in zal gaan, zijn bijvoorbeeld bewegen bij mensen met dementie in combinatie met mantelzorgondersteuning en kleinschalig wonen voor mensen met dementie.

Tenslotte blijven wij uiteraard ook onderzoek doen naar psychologische interventies zoals life review. Dat dit type interventie waarin het individuele levensverhaal centraal staat zich mag verheugen in een grote populariteit, is vanuit het perspectief van het verschil goed te begrijpen.

Bij de ontwikkeling van al deze interventies zullen de scheidslijnen tussen de onderdelen van de zorgketen, gezondheidsbevordering, preventie, behandeling, zorg en reïntegratie, verder vervagen. Nu al is behandeling zonder preventie niet denkbaar. Denk bijvoorbeeld aan de behandeling van depressie waarin ook aandacht is voor terugvalpreventie (Meijer e.a., 2006).

Om de psychologische hulpverlening aan ouderen te verbeteren is meer nodig dan het ontwikkelen van interventies alleen. Het verzamelen van achtergrondinformatie over geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg is noodzakelijk om te weten welke verbeteringen in de psychologische hulpverlening gewenst zijn. Evenzo verdient implementatie van deze verbeteringen in de hulpverleningspraktijk onze aandacht. Op beide ga ik tenslotte nog kort in.

b. Epidemiologisch onderzoek en monitoring ter verbetering van de psychologische hulpverlening aan ouderen

Er zijn verschillende typen informatie relevant om na te gaan of de psychische hulpverlening aan ouderen verbetering behoeft. Dit betreft allereerst informatie over de prevalentie en determinanten van psychische stoornissen van ouderen en informatie over hun zorgbehoefte, zorgvraag en zorggebruik. Het Trimbos-instituut brengt psychiatrische stoornissen van mensen tot 65 jaar in kaart in een epidemiologische studie 'Nemesis' ('*the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*': Bijl e.a., 1998a, 1998b). Ouderen worden hierin niet meegenomen. Informatie over depressieve en angststoornissen bij ouderen zijn weliswaar bij subgroepen van de '*Longitudinal Aging Study Amsterdam*' (LASA) onderzocht (Beekman e.a., 1995; 1998; van Zelst e.a., 2003), maar cijfers voor het brede spectrum van psychiatrische stoornissen bij ouderen in

Nederland ontbreken. Een Nemesis Ouderen – een bevolkingsstudie naar de psychiatrische aandoeningen van mensen van 65 jaar en ouder – is dan ook opportuun. Daarnaast is informatie over de kwaliteit, effectiviteit en toegankelijkheid van het zorgaanbod en ontwikkelingen in het zorgaanbod van belang. De afgelopen jaren zijn wij gestart met twee grote monitors in opdracht van het Ministerie van VWS. De eerste monitor, MEMO, brengt de kwaliteit van zorg voor ouderen in kaart bij 15 GGZ-instellingen verspreid over het land. De tweede, de Monitor Woonvormen Dementie, brengt de kwaliteit van zorg in 150 zorginstellingen waaronder kleinschalige woonvormen in beeld. Bij de uitvoering van deze monitor leg ik dwarsverbanden met de Afdeling Klinische Psychologie, onder meer door de inzet van studenten bij deze data-verzamelingen in het kader van hun Master-these en door de promotietrajecten van medewerkers van het Trimbos-instituut bij de Faculteit Psychologie en Pedagogiek.

c. Implementatie ter verbetering van de psychologische hulpverlening aan ouderen

Ook methoden om verbeteringen in de psychologische hulpverleningspraktijk door te voeren hebben mijn aandacht. Dit geldt niet alleen de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en richtlijnen, maar ook de implementatie van evidence-based zorg en beslisseregels om interventieonderdelen aan ouderen toe te wijzen. In een samenwerkingsproject van de International Psychogeriatric Association (IPA) en Alzheimer's Disease International (ADI), getiteld GIDE: Global Improvement in Dementia Care, stellen wij ons de komende jaren geen bescheidener doelstelling dan de dementiezorg in de hele wereld te verbeteren. Beide verenigingen zullen samenwerken door sleutelfiguren van nationale Alzheimer verenigingen en toonaangevende wetenschappers of klinici op het gebied van de dementiezorg samen te brengen. Deze '*collaborations*' zullen op gestructureerde wijze de kwaliteit van de dementiezorg in verschillende landen rond de wereld gaan verbeteren. Uiteraard zullen de beoogde verbeteringen verschillen tussen landen, afhankelijk van de huidige kwaliteit van de dementiezorg en culturele voorkeuren.

d. Tenslotte

Om de psychologische hulpverlening aan ouderen te verbeteren, verdient ouderenpsychologie ruim aandacht in het initieel en post-initieel onderwijs aan psychologen. Veel psychologen in de ouderensector blijken grote behoefte te hebben aan verdieping, en moeten nog teveel hun toevlucht zoeken tot losse cursussen die voorhanden zijn. Als leerstoelhouder hoop ik niet alleen sturing te geven aan het Master onderwijs ouderenpsychologie aan de VU, maar ook aan het post-initiële onderwijs op dit vakgebied.

Wetenschappelijk onderzoek en onderwijs vinden plaats binnen een netwerk van nationale en internationale verenigingen, universiteiten en instellingen. Wat betreft de internationale verenigingen noemde ik al de International Psychogeriatric Association en Alzheimer's Disease International. Nationaal betreft dit allereerst natuurlijk alle mogelijke samenwerkingsverbanden binnen de Vrije Universiteit en GGZ in Geest. Verder denk ik o.a. aan het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en speciaal de Sectie Psychologen in de Ouderenzorg (SPO), de Psychogeriatrische Dienst (PgD), Alzheimer Nederland en zorgaanbieders zoals Stichting Geriant. Met alle universiteiten in Nederland hebben wij samenwerkingsverbanden, deze ga ik niet allemaal noemen, wel de Alzheimer Centra en het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP) met wie ik in de toekomst intensiever hoop samen te werken. Voor het postinitiële onderwijs zijn de contacten met RINO Noord- Holland en Gerion onmisbaar.

Dames en heren,

Dat het denken over ouderen in termen van grijze golf of tsunami voorbij is, wist u al toen u binnenkwam. Dat de grijze mist die de ouderenpsychologie omgaf is opgetrokken, leerde u al uit het Handboek Ouderenpsychologie waarin het vak helder uit de verf komt. Dat er bij de ontwikkeling van psychologische interventies en effectiviteitsstudies met vele kleurschakeringen rekening moet worden gehouden, heb ik in deze rede aangetoond.

Kortom, deze rede kan maar één conclusie hebben: de ouderenpsychologie is de grijsheid voorbij.
Eerder dan als een grijze bureaustoel, moet u zich mijn leerstoel dan ook voorstellen als een kleurrijke Rietveldstoel.

Dankwoord

Aan het einde van mijn rede gekomen spreek ik graag nog enkele persoonlijke woorden. Het College van Bestuur van de Vrije Universiteit en de Raad van Bestuur van het Trimbos-instituut ben ik erkentelijk voor de vestiging van de Leerstoel Ouderenpsychologie. Ik dank het College van Bestuur voor het in mij gestelde vertrouwen door mij op deze leerstoel te benoemen.

Jan Walburg, u hebt mij vier en een half jaar geleden overgehaald om bij het Trimbos-instituut te komen werken en ik had mij geen betere werkgever kunnen wensen: *the sky is the limit*, innovatie voert de boventoon en er is veel aandacht voor de ontplooiing van medewerkers.

Bij de Afdeling Klinische Psychologie voel ik mij zeer welkom. Voor een deel bestaat de afdeling uit collega's van wie ikzelf nog college heb gehad: het is mede aan u te danken dat ik hier vandaag sta. Een in snel tempo groeiend deel van de afdeling bestaat uit nieuwe collega's, door het succesvolle leiderschap van Pim Cuijpers. Uw open oog voor ouderen en hun mantelzorgers is algemeen bekend en een belangrijke stimulans voor de ontwikkeling van de subspecialisatie ouderenpsychologie.

Een substantieel deel van het onderzoek naar de psychologische hulpverlening aan ouderen vindt plaats bij het Programma Ouderen van het Trimbos-instituut. In de afgelopen jaren zijn wij gegroeid tot een hecht en succesvol dameselftal. Uw inzet is een enorme impuls voor de ouderenpsychologie.

In tijden dat ik minder kon doen dan ik wilde, heeft de hartelijkheid van velen, onder wie mijn collega's aan de Vrije Universiteit en het Trimbos-instituut, mij ontroerd.

Een belangrijke taak binnen mijn leeropdracht is het begeleiden van promovendi. In de afgelopen tien jaar heb ik hier als copromotor ervaring mee opgedaan aan de Afdeling Verpleeghuisgeneeskunde en het EMGO-instituut, destijds nog onder leiding van onze huidige Rector, Lex Bouter. Bij de Afdeling Klinische Psychologie ga ik op deze weg voort. Tijdens mijn eigen studie psychologie aan deze universiteit, dames en heren studenten, kon ik mij nog niet in de ouderenpsychologie specialiseren. Ik heb dat gemist. U kunt dat nu wel en ik hoop dat u dit ook in toenemende mate zult doen. Er wordt op u gewacht door het toenemende aantal ouderen in onze samenleving.

Collega ouderenpsychologen, mede dankzij u is ons vak niet langer in een grijze mist gehuld. Maar wij staan pas aan het begin. Een handboek en een leerstoel zijn een vertrekpunt, geen eindstation. Ik wil u graag opstoken om op volle kracht vooruit, in gezamenlijkheid ons vak verder te ontwikkelen. Speciale dank komt toe aan Jolande Kuin, Marja Vink en Henk Geertsema van wie ik veel heb geleerd in de afgelopen jaren en met wie ik nog lang hoop samen te werken.

Internationale samenwerkingsverbanden zijn voor wetenschappelijk onderzoek en onderwijs van groot belang. Daarom dank ik Steven Zarit en Mary Mittelman en mijn collega's van de International Psychogeriatric Association (IPA) en Alzheimer Disease International (ADI), in het bijzonder Jacobo Mintzer en Marc Wortmann. Met hen zal ik de komende jaren ons project ter verbetering van de dementiezorg in de wereld uitvoeren. Wetenschap bedrijven kan niet zonder oefening in creativiteit. Ik prijs mijzelf elke dag gelukkig dat Koos Verheul, mijn leermeester op de fluit, mij les wil geven, ook al ben ik een 'liefhebber' en geen 'professional'.

Ook wil ik mijn ouders bedanken. Dankzij jullie stabiliteit, waarin ruimte is voor kritiek en waardering, ben ik geworden wie ik ben. Ik ben heel blij dat jullie er zijn.

Tenslotte, gewaardeerd auditorium, mag u weten dat ik uit het oogpunt van gelijke behandeling blij ben nu eindelijk eens zelf in toga te lopen, in plaats van ernaast.

Ik heb gezegd.

Referenties

- Alwin, D.F. & Mccammon, R.J. (2001). Aging, cohorts, and verbal ability. *Journals of Gerontology B*, 56, S151-S161.
- Ayers, C.R., Sorrell, J.T., Thorp, S.R., & Wetherell, J.L. (2007). Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and Aging*, 22, 8-17.
- Backenstrass, M., Joest, K., Frank, A., Hingmann, S., Mundt, C., & Kronmüller, K.T. (2006). Preferences for treatment in primary care: a comparison of nondepressive, subsyndromal and major depressive patients. *General Hospital Psychiatry*, 28, 178-180.
- Barlow, D.H., Nock, M.K., & Hersen, M. (2008). *Single Case Experimental Designs: strategies for studying behavior change*. Boston: Pearson Education, Inc.
- Beekman, A.T., Deeg, D.J., Tilburg van, T., Smit, J.H., Hooijer, C., & Tilburg van, W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 36, 65-75.
- Beekman, A.T., Bremmer, M.A., Deeg, D.J., Balkom van, A.J., Smit, J.H., Beurs de, E., Dyck van, R., & Tilburg van, W. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 717-26.
- Belle, S.H., Burgio, L., Burns, R., Coon, D., Czaja, S.J., e.a. (2006). Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial. *Annual Intern Medicine*, 145, 727-738.
- Bierman, E., Comijs, H., Depla, M., have ten, M., & Pot, A.M. (2007). In A.M. Pot, M. Depla, & M. ten Have (Red.). *Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen: Rapportage 2006*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Brodaty, H., Green, A., & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 657-64.
- Bijl, R.V., Ravelli, A., & Zessen van, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Bijl, R.V., Zessen van, G., Ravelli, A., Rijk de, C., & Langendoen, Y. (1998). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 581-586.
- Van Citters, A.D., Pratt, S.I., Bartels, S.J., Jeste, D.V. (2005). Evidence-based review of pharmacologic and nonpharmacologic treatments for older adults with schizophrenia. *Psychiatry Clinic North America*, 28, 913-39.
- Cuijpers, P., Straten van, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1139-1149.
- Derksen, J. (2007). Persoonlijkheid. In A.M. Pot, Y. Kuin, & M.T. Vink (Red.): *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 133-149). Utrecht: De Tijdstroom.
- Eisses, A.M.H., Kluiters, H., Jongenelis, K., Pot, A.M., Beekman, A.T.F., & Ormel, J. (2004). Risk indicators of depression in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 634-640.
- Gallagher-Thompson D, Coon DW. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, 22, 37-51.
- Gatz, M. (2007). Commentary on evidence-based psychological treatments for older adults. *Psychology and Aging*, 22, 52-55.
- Hackett, M.L., Anderson, C.S., House, A., & Xia, J. (2008). Interventions for treating depression after stroke. *Cochrane Database Systematic Review*, 8, CD003437.
- Hamaker, E.L., Dolan, C.V., & Molenaar, P.C.M. (2005). Statistical modeling of the individual: rationale and application of multivariate stationary time series analysis. *Multivariate behavioral research*, 40, 207-233.
- Jongenelis K., Pot, A.M., Eisses, A.M.H., Beekman, A.T.F., Kluiters, H., & Ribbe, M.W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 135-142.
- Jorm, A.F., Morgan, A.J., Hetrick, S.E. (2008). Relaxation for depression. *Cochrane Database Systematic Review*, 8, CD007142.
- McCurry, S.M., Logsdon, R.G., Teri, L., & Vitiello, M.V. (2007). Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychology and Aging*, 22, 18-27.
- Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C., & Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven/Utrecht: RIVM/Trimbos-instituut.
- Molenaar, P.C.M. (2004a). A manifesto on psychology as idiographic science: bringing the person back into scientific psychology, this time forever. *Measurement*, 2, 201-218.

- Molenaar, P.C.M. (2004b). Forum discussion of the manifesto's aggregation act. *Measurement*, 2, 248-254.
- Mool, B. & Steunenberg, B. (2007). Persoonlijkheid en veroudering. In B. Mooi & H. Comijs (red.). *Ouderen en persoonlijkheid: de klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Obama, B. (2008). Acceptance speech. Chicago: November 4.
- Knight, B. (2004). Psychotherapy with older adults. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kuin, Y. (2007). Emotie en stemming. In A.M. Pot, Y. Kuin, & M.T. Vink (Red.): *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 79-109). Utrecht: De Tijdstroom.
- Landreville, P., Landry, J., Baillargeon, L., Guérette, A., Matteau, E. & Landreville, P. (2001). Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *Journals of Gerontology B*, 56, P285-P291.
- Mather, M. & Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 496-502.
- Pinquart, M., Duberstein, P.R., & Lyness, J.M. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1493-1501.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577-595.
- Pot, A.M. (2007). Psychologische interventies voor mantelzorgers. In A.M. Pot, Y. Kuin, & M.T. Vink (Red.): *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 409-425). Utrecht: De Tijdstroom.
- Pot A.M., L. Dorland, J. Grolleman, H. Riper, M. Blom, & Vuister, J. (2007). Mastery over dementia: Online counseling for family caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 19(Suppl.), 11.
- Pot, A.M., Kuin, Y. & Vink, M.T. (Red.) (2007). *Handboek Ouderenpsychologie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- RGO (2006). *Onderzoek medische zorg voor ouderen*. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, publicatie 54.
- Rokke, P.D. & Scogin, F. (1995). Depression treatment preferences in younger and older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1, 243-258.
- Schaie, K.W., Willis, S.L., & Pennak, S. (2005). An historical framework for cohort differences in intelligence. *Res Human Development*, 2, 43-67.
- Selwood A et al. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*, 101, 75-89.
- Schuurmans, J. (2006). *Anxiety in late life: moving toward a tailored treatment*. Amsterdam: Dissertatie.
- Schuurmans J, Comijs H, Emmelkamp PM, Gundy CM, Weijnen I, Hout van den, M., & Dyck R. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and sertraline versus a waitlist control group for anxiety disorders in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 255-263.
- Smalbrugge, M. (2007). In A.M. Pot, Y. Kuin, & M.T. Vink (Red.): *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 65-76). Utrecht: De Tijdstroom.
- Smits, C.H., de Lange, J., Dröes, R.M., Meiland, F., Vernooij-Dassen, M., & Pot, A.M. (2007). Effects of combined programs for people with dementia living at home and their caregivers: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1181-93.
- TenHave, T.R., Coyne, J., Salzer, M., & Katz, I. (2003). Research to improve the quality of care for depression: alternatives to the simple randomized clinical trial. *General Hospital Psychiatry*, 25, 115-123.
- Teunisse, S. & Scherder, E. (2007). In A.M. Pot, Y. Kuin, & M.T. Vink (Red.): *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 111-132). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vandenbroucke, J.P. (2007). De N=1-trial, de meest ideale onderzoeksopzet, die te weinig gebruikt wordt. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 114, 260-262.
- Walburg, J.A. (2009). *Mentaal vermogen: investeren in geluk*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam Uitgevers.
- Wetherell, J.L., Sorrell, J.T., Thorp, S.R., & Patterson, T.L. (2005). Psychological interventions for late-life anxiety: a review and early lessons from the CALM study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 18, 72-82.
- Zarit, S.H. & Femia, E.E. (2008). A future for family care and dementia intervention research? Challenges and strategies. *Aging and Mental Health*, 12, 5-13.
- Zelst van, W.H., Beurs, E. de, Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., & Dyck van, R. (2003). Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 333-342.